

Année 1962

THESE

N°

pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(diplôme d'Etat)

par

930

Madame COLIN Rose (née CONRY)
née le 30 Janvier 1921
à SAINT-GERMAIN-DU-BOIS (Saône et Loire)

Présentée et soutenue publiquement le Juin 1962.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES EVENTRATIONS
PERINEALES POSTERIEURES

Président : Monsieur le Professeur
J.L. LORTAT-JACOB.

Année 1962

THESE

N°

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(diplôme d'Etat)

par

Madame COLIN Rose (née CONRY)

née le 30 Janvier 1921

à SAINT-GERMAIN-DU-BOIS (Saône et Loire)

Présentée et soutenue publiquement le

Juin 1962.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES EVENTRATIONS
PERINEALES POSTERIEURES

Président : Monsieur le Professeur
J.L. LORTAT-JACOB.



PROFESSEURS HONORAIRES :

M.M. AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.),
 CHAMPY (C.), DEBRE (R.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPERN (E.), HAZARD (R.),
 HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.),
 LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.),
 MOREAU (R.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS, RICHET (C.),
 STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN Léon BINET
 Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
" " (Prof ^r à titre personnel)	ETTORI (J.)
" " (" à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
" " (Prof ^r à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	SICARD (A.)
(Cochin	N.
(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales (Pitié	CORDIER (G.)
(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
(Tenon	LORTAT-JACOB (J.L.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) N.	
Cliniques médicales {	LENEGRE (J.)
	SOULIE (P.)
	JUSTIN-BESANCON (L.)
	BROUET (G.)
	BARIETY (M.)
	DREYFUS (G.)
{ St-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales (Baudelocque (Foch (Suresnes)	LACOMTE (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MERGER (R.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St Vincent de Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)	LELONG (M.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	MARIE (J.)
Clinique de psychiatrie infantile (Salpêtrière)	BERNARD (E.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Pitié)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	N.
Clinique urologique (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Embryologie	N.
" (Prof ^r à titre personnel)	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histologie	SEZE (S. de)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	VERNE (J.)
	TURPIN (R.)

Hygiène et médecine préventive
 " " (Prof^r à titre personnel)
 Médecine du travail
 Médecine légale
 Microbiologie (Bactériologie et virologie)
 Parasitologie
 " (Prof^r à titre personnel)
 Pathologie chirurgicale
 " " (Prof^r à titre personnel)
 Pathologie exotique
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie médicale
 Pathologie respiratoire
 Pathologie et thérapeutique générale
 Pharmacologie
 " (Prof^r à titre personnel)
 Physiologie
 " { Prof^r à titre personnel }
 " { " " " }
 Physiologie et pathologie obstétricale
 Physique médicale
 " " (Prof^r à titre personnel)
 Radiologie médicale
 Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale
 Thérapeutique

JOANNON (P.)
 DEPARIS (M.)
 DESOILLE (H.)
 PIEDELIEVRE (R.)
 FASQUELLE (R.)
 GALLIARD (H.)
 BRUMPT (L.C.)
 COUVELAIRE (R.)
 LAURENCE (G.)
 LAVIER (G.)
 MERKLEN (F.P.)
 MILLIEZ (P.)
 TURIAF (F.)
 BOUDIN (G.)
 CHEYMOL (J.)
 LEVY (Mlle J.)
 BINET (L.)
 BARGETON (D.)
 PARROT (J.)
 LEPAGE (F.)
 DOGNON (A.)
 DJOURNO (A.)
 DESGREZ (H.)
 LEGER (L.)
 CONTE (M.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

Anatomie

(CABROL (C.)
 (COUINAUD (C.)
 (OLIVIER (G.)

Anatomie pathologique

(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
 (Pr. s. ch.
 (BUSSET (F.)
 (GOUYOU (Ch.)
 (ORCEL (L.)
 (PAILLAS (J.)

Anesthésiologie

VOURC'H (G.)

Bactériologie

(BARRIER (P.)
 (CHRISTOL (D.)
 (TOURNIER (P.)

Biochimie médicale	(DESGREZ (P.) pr. s. ch. (POLONOSKI (J.) m. conf.
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	(DENOIX (P.) (MATHE (G.)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LIEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.) (DAUSSET (J.)
Histologie	(COUJARD (R.) pr. s. ch. (MAROIS (M.) (RACADOT (J.)
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.) (CORRE -HURST (Hme L.)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R.) (DUPONT (V.)
Médecine légale	(DEROBERT (L.) pr. s. ch. (HADENGUE (A.) (FOURNIER (E.) (GUENIOT (M.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	(GRANJON (A.) (HERVET (E.) (LE LORIER (G.) (MORIN (P.) (MUSSET (R.) (ROBÉY (M.) (THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.) (SARAUX (H.)
Orthopédie	(JUDET (R.) (RAMADIER (J.)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J.)
Parasitologie	CHABAUD (A.)

Pathologie chirurgicale

(BARCAT (J.)
(BINET (J.P.)
(CAUCHOIX (J.)
(CHATELIN (C.L.)
(DUBOST (Ch.)
(DUBOST (Cl.)
(FAUREL (J.)
(FLABEAU (F.)
(GERMAIN (A.)
(LOYGUE (J.)
(MERCADIER
(PERROTIN (J.)
(ROBERT (H.)
(THONERET (G.)

Pathologie exotique

SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale

(CROSNIER (J.)
(HARTMANN (L.)
(LOEPER (J.)
(MAURICE (J.)
(RICHT (G.)

Pathologie médicale

(AUSSANNAIRE (M.)
(BOUR (H.)
(BOUVIER (J.)
(BOUVRAIN (Y.)
(BRICAIRE (H.)
(BRISSAUD (H.)
(BROCARD (H.)
(BUGE (A.)
(CASTAIGNE (P.) m. conf.
(CATINAT (J.)
(CONTAMIN (F.)
(COURY (C.)
(FREZAL (J.)
(HOUSSET (E.)
(LAROCHE (Cl.)
(LESOBRE (R.)
(MACREZ (C.)
(NICK (J.)
(PEQUIGNOT (H.)
(ROYER (P.)
(WOLFROMM (R.)

Pédiatrie-Puériculture	(JOSEPH (R.) (HANDE (R.) (MOZZICONACCI (P.) (POLONOVSKI (C.) (ROSSIER (A.)
Pharmacologie	(BOISSIER (J.) (LECHAT (P.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	(GOUGEROT (L.) (m. conf. pr. s. ch. (KELLERSHOHN
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	(CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. (GRELLET (M.)
Thérapeutique	(CHASSAGNE (P.) (LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Anatomie	DEBEYRE
Clinique chirurgicale	(ABOLKER (P.) (AMELINE (A.) pr. s. ch. (HUGUIER (J.) (OLIVIER (C.) (PADOVANI (P.) (POILLEUX (F.) (ROUX (M.) (VERNE (J.M.)

Clinique médicale	(DOMART (A.) (PERRAULT (M.) (RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	(GRASSET (J.) (MAYER (M.) (RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P.) (OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)
Médecine légale	GAULTIER

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) pr. s. ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

(BOLTANSKI (E.)
(LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaires	Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.), Mme ROCHE (L.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	(Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) (Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

A Monsieur le PROFESSEUR J.L. LORTAT-JACOB
Qui m'a fait le grand honneur de présider cette thèse,

Avec l'hommage de ma déférente gratitude.

A tous mes MAITRES,
de l'école maternelle à l'enseignement hospitalier et
de Faculté,

en gage de reconnaissance et de respect.

A mes parents,
A la mémoire de mes beaux-parents
A tous les miens ,

Avec ma profonde affection.

A mon mari

A mes filles

Avec toute ma tendresse.

A mes camarades,
collègues,
voisins,
amis,

Merci pour l'atmosphère de bienveillance et de
sympathie qu'ils m'ont toujours ménagée. 21

A l'ADVERSITÉ dont les attaques ont aiguillé et
stimulé mes efforts.

A la CHANCE d'avoir profité d'une santé et d'une
affectivité parfaites.

INTRODUCTION

=====

Nous appelons hernie coccy-périnéale ou plutôt éventration périnéale postérieure , l'issue des viscères abdominaux et parfois des organes du petit bassin à travers un périnée cicatriciel, entre ischions et coccyx, et cela dans un temps variable après l'amputation du rectum (intervention abdomino-périnéale ou périnéale), excérèse toujours très large à cause de l'envahissement patent ou latent du diaphragme périnéal et des zones celluluses adjacentes.

Cet inconvénient mécanique, rarement relaté autrefois, qui n'était même pas mentionné comme une complication, se rencontre désormais fréquemment : ceci est la rançon des progrès de la chirurgie, du dépistage précoce des lésions, des survies obtenues et de leur qualité.

La réparation et la contention de ces hernies doivent prétendre à un double but : non seulement supprimer la tuméfaction mais encore permettre à l'opéré une mobilisation correcte, en un mot une vie normale.

Nous vous présentons un de ces problèmes, que Monsieur le docteur CH. CACHIN, notre maître, a résolu récemment par la mise en place d'une plaque de nylon tissé. A la faveur de cette observation, ce sont les possibilités de diverses plasties, leurs indications, leurs techniques, leurs résultats, qui seront l'objet de cette thèse.

PLAN

=====

INTRODUCTION : définition
 objet de cette thèse

PLAN

RAPPEL ANATOMIQUE

HISTORIQUE

ETIOLOGIE

PATHOGENIE

ANATOMO-PATHOLOGIE

SYMPTOMATOLOGIE, EXAMEN CLINIQUE

TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE

TBAITEMENTS CHIRURGICAUX DEJA PROPOSES

PLASTIE A LA PLAQUE DE NYLON TISSE

- I) Observation personnelle
- 2) Matériel employé
- 3) Technique opératoire
- 4) Résultat, suites opératoires.

BIBLIOGRAPHIE

CONCLUSIONS

RAPPEL ANATOMIQUE

= =====

Dans le cas où un bref rappel anatomique serait utile, voici une description sommaire de la région périnéale.

1) Chez l'homme, rappelons que le périnée est constitué par trois plans musculo-aponévrotiques :

Le plan profond ou diaphragme pelvien principal comprend les muscles releveurs de l'anus (partie élévatrice et partie sphinctérienne), et les ischio-coccygiens, tendus du pubis à l'épine sciatique, au coccyx et au bord latéral du sacrum. Il est revêtu par l'aponévrose profonde du périnée.

Le plan moyen est constitué par le transverse profond et le sphincter externe de l'urètre, compris entre les feuillets de l'aponévrose moyenne.

Le périnée postérieur, plan le plus superficiel, composé uniquement du sphincter externe de l'anus, limite latéralement l'espace ischio-rectal, recouvert exactement par la peau.

La partie antérieure de ce plan superficiel, au dessous de l'aponévrose superficielle, comprend le bulbo-caverneux, (muscle tendu du noyau central du périnée au bulbe) , l'ischio-caverneux et le transverse superficiel.

2) Chez la femme, le diaphragme pelvien principal et le plan musculo aponévrotique superficiel du périnée antérieur ont la même conformation que chez l'homme (il faut ajouter le constricteur de la vulve). La partie latérale du périnée postérieur comme chez l'homme, est occupée par l'espace ischio-rectal. Le périnée moyen ne compte que le transverse profond car le sphincter externe de l'urètre est antérieur, sur la cloison uréthre-vaginale.

Dans les deux cas, les fosses ischio-rectales et pelvi-péritonéales sont comblées de tissus celluloux lâches contenant les vaisseaux, les nerfs et surtout les lymphatiques.

Le péritoine recouvre la face supérieure de la vessie, de l'utérus, drape les annexes et les ligaments suspenseurs, constitue des replis postérieurs (Douglas), et latéraux (ligaments larges chez la femme).

Il est capital de noter que toute cette architecture est très perturbée quand une intervention doit être pratiquée; l'anatomie est modifiée par l'inflammation, la sclérose, les métastases ou les embolies lymphatiques au cours des amputations initiales.

Quand il est nécessaire de procéder à des pexies ou à des plasties, le chirurgien retrouve vaguement les vestiges de tissus épargnés par la précédente exérèse, noyés dans du conjonctif et dans des masses cicatricielles.

HISTORIQUE

=====

C'est seulement après la première guerre mondiale, et encore très rarement, qu'ont été évoquées ces éventrations périnéales postérieures et leurs différents traitements.

Obs. n° 1 : Les premiers cas sont cités par les auteurs Américains FRANCK, HAYDEN, YEOMANS, (1937), cas toujours consécutifs à des amputations abdomino-périnéales, toujours dans l'année qui suit l'opération initiale. Ils sont traités par simple bandage, ou par suture en arrière du ligament large. Il s'agit d'ailleurs de tuméfactions minimales, après excrèses très peu audacieuses.

Obs. n° 2 : En 1944, CATTELL et CUNNINGHAM remarquent qu'ils ont eu à traiter quelques hernies postérieures, LOCKART et D.F.JONES affirment qu'ils n'ont pas rencontré plus d'une éventration sur 800 opérations du rectum, et encore huit ans après résection du coccyx et radium-thérapie, récurrence entre les ligaments utéro-sacrés qui furent suturés à l'utérus pour assurer la solidité du périnée.

Obs. n° 3 : En 1946, JENKINS déplore des difficultés d'ordre infectieux après amputation du rectum et anus iliaque. Il attribue à cette collection purulente cependant drainée, de la concavité sacrée la hernie qui apparaît quatre mois après l'intervention, augmente de volume pendant quatre mois sans causer de troubles ni de retentissement sur l'anus iliaque. Cette complication mécanique n'est pas traitée du tout.

Obs. n° 4 : En 1948, MEADE décrit une hernie de la paroi antérieure du rectum à travers les parois rectales après résection recto-sigmoïdienne chez une femme.



Obs. n°9 : En 1958, PORELL pose des plasties faites de plaques de nylon (unies, laminées dans la masse, non tissées) et se déclare satisfait du résultat.

Obs. n° 10 : Encore en 1958, SICARD et NATALI opèrent une femme de 70 ans pour tumeur villeuse. La cicatrice sur drain de caoutchouc est parfaite en trois semaines. Trois mois après apparaît une tuméfaction tendue et gênante qui est réduite et contenue par la fixation de l'utérus rétroversé aux ligaments utéro-sacrés.

Obs. n°II : En 1960, PERLL révoit un homme de 56 ans opéré il y a six ans pour adéno-cancer ulcéré du rectum, extirpé au prix de la section longitudinale du sacrum, dont la suture transversale en un second temps consolidait le plancher pelvien. Malgré cette précaution, ce malade récidive par une hernie périnéale de 12 centimètres d'implantation, sans troubles du transit, qui est curée par simple suture en trois plans. Mais quatre mois après, une nouvelle récidive oblige à imaginer une plastie faite de deux lambeaux d'aponévrose des grands fessiers de chaque côté, rabattus vers la ligne médiane, croisés à la manière d'un paletot. Vingt huit mois après, la consolidation est parfaite.

Obs. N° 12 : C'est avec une bande de fascia-lata que KELLY répare un bombement périnéal de 13 centimètres de base, apparu un an après une amputation abdomino-périnéale pour cancer du bas-rectum chez une femme de 68 ans, ayant déjà subi une hystérectomie, une colpographie antérieure et une périnéographie postérieure. Deux ans après, la solidité de cette plastie est bonne.

Obs. n° 13 : Plus récemment, LEGER innove l'emploi de la plaque de nylon tissé pour doubler la suture en paletot d'une éventration, diaphragmatique dans ce cas.

Obs. n° 14 : En 1961, LEIBOVICI cure ainsi une éventration pé-
rinéale postérieure : Incision médiane sur le sacrum se dédoublant
pour encercler l'anus périnéal. De chaque côté, des lambeaux
cutanés de recouvrement des grands fessiers sont libérés, le pé-
ritoine est ouvert sur les côtés, le côlon est dégagé de la ci-
catrice cutanée volumineuse et distendue, les intestins littéra-
lement sous-cutanés sont refoulés; on débride également le côlon
du péritoine et du vagin. Le péritoine est refermé haut, le Dou-
glas est reconstitué, les ligaments utéro-sacrés se trouvent rec-
courcis et le diaphragme péritonéal reste faible. Une bonne san-
gline musculaire est constituée alors aux dépens du chef infé-
rieur des grands fessiers désinsérés du sacrum et des ligaments
sacro-sciatiques avec conservation d'un bon pédicule vasculo
nerveux. Ces deux lambeaux se trouvent donc suturés en avant du
côlon, en arrière du vagin, forment une boutonnière suturée à
la peau et qui est traversée par le côlon. Vingt centimètres de
côlon doivent être sectionnés parce qu'en excédent et dérivés
par un tube de Paul. Mais une récurrence se constitue par une
hernie périnéale qui contient même de la paroi vaginale. Un
simple bandage suffit à contenir cette tuméfaction.

Obs. n° 15 : Il est curieux de citer enfin le cas de cette ma-
lade dont l'utérus fut prolapsé dans une éventration consécutive
à une amputation de KRASKE. Cette opérée développa jusqu'à terme
une grossesse postérieure exactement sous-cutanée, qui s'acheva
par une césarienne et une ligature de trompes pour éviter la
récurrence d'une gestation dangereuse et inconfortable.

ETIOLOGIE

=====

Actuellement, les épithéliomas du rectum sont dépistés à un stade où ils peuvent être opérés avec des chances de survie appréciables; ceci n'empêche pas, étant donné l'envahissement local ou le péril d'extension, d'amputer largement selon différentes modalités.

Chez l'homme, si la tumeur est basse, l'opération de LIS-FRANC, par voie périnéale pure avec anus périnéal, est moins à la mode actuellement car elle ne permet pas d'explorer le contenu abdominal (intestins sus-jacents, aires ganglionnaires, péritoine, foie). L'évidemment est cependant très important, mais il est comblé, en moins de six semaines, par un tissu fibreux, épais, résistant. Cette solidité s'explique car ce plancher s'appuie en avant sur le plan uréthro-prostatique, limite antérieure de l'exérèse. C'est bien là le second inconvénient de cette intervention : ce tissu cicatriciel prolifère tant qu'il aboutit parfois à une véritable sténose de ce néo-périnée dont le maintien de la perméabilité nécessite des manœuvres diverses : section de brides, nitretages, dilatations d'anus ou d'urètre. La gravité est extrême si l'anus périnéal, mal toléré, oblige à envisager l'anus iliaque pour lequel il faudra longuement dilacerer et décortiquer ce conjonctif. Ici les risques de hernies trans-périnéales ne peuvent exister que si une infection prolongée post-opératoire a rendu la cicatrice de mauvaise qualité.

Si la tumeur est haute, l'intervention peut se borner à être abdominale, et le périnée est peu ou pas touché.

Actuellement, les progrès de l'anesthésie et de la réanimation permettent des exérèses plus audacieuses : l'accès des

lésions, la prévention ou la cure des extensions sont ainsi facilitées. Les tumeurs hautes permettent la conservation du sphincter, de son appareil vasculo-nerveux et des releveurs en tout ou partie. La voie large, abdomino trans-sacrée, (méthode F. D'ALLAINES), ou abdomino trans-coccygienne, (procédé de KRASKE), effondrent quand même le périnée ou plutôt l'appui osseux postérieur et solide du périnée, d'où fréquence des éventrations périméales.

La technique de VON HÖEGGER implique une désinsertion des fessiers et des releveurs gauches pour permettre d'extirper la tumeur. C'est justement au niveau de cette désinsertion des muscles du squelette sacro-coccygien que se produisent les hernies postérieures.

La voie étroite, trans-anaie, par la technique de BABCOCK-BACON dérivée de celle de VILLARD, est moins mutilante. Le péril d'éventration est moindre car les releveurs ne sont que partiellement touchés et le péritoine n'est pas en cause. On note malgré tout des hernies pré-sacrées, minimes mais volontiers occlusives car appuyées sur un plan dur.

Le risque de péritonisations difficiles est grand quand la tumeur est basse. L'ablation est forcément trans-périnéale, soit par l'intervention de MILES avec anus iliaque gauche, soit par l'opération de KOCHER, abdomino-périnéale avec abaissement du côlon et anus périnéal.

Chez la femme, on parvient quelquefois à dédoubler la cloison recto-vaginale afin d'épargner le vagin; dans ce cas la péritonisation est satisfaisante. Mais souvent il faut enlever non seulement la paroi postérieure du vagin, mais aussi le col ou

l'utérus en totalité. Le tissu fibreux cicatriciel n'a plus d'appui antérieur, ou plutôt ce point fixe antérieur est trop éloigné pour que ce néo-périnée soit solide.

Quand on abaisse le côlon, la péritonisation postérieure du temps abdominal est bonne, mais celle du temps périnéal demeure très aléatoire, car pratiquée par accollement du péritoine vésical au Douglas en avant du côlon descendu, et du péritoine latéral sur les côtés. Ici la fréquence des éventrations est extrême

En résumé, fontrent en jeu dans les causes de ces éventrations postérieures non seulement la gravité, l'étendue de l'intervention viscérale, mais la mutilation des muscles du diaphragme pelvien, du péritoine, des os du bassin.

PATHOGENIE

= = =====

L'étiologie vient de préciser que les éventrations périnéales postérieures s'observent dans les deux sexes, mais chez la femme surtout, quand l'exérèse périnéale a dû être très étendue, antérieure, postérieure ou globale, et ce dans un temps post-opératoire variable. Divers mécanismes sont invoqués qui expliquent ces complications :

D'abord la poussée abdominale, presque verticale, distend la paroi cicatricielle, réduisant ce périnée de seconde intention, à l'origine résistant, à une couche mince appliquée à la peau. La reprise plus ou moins hâtive des activités de l'opéré favorise cette pression, que les chirurgiens Américains redoutent et tentent de contrecarrer par la technique suivante : incision du coccyx longitudinalement, puis suture transversale afin d'opposer un plan osseux résistant à cette force verticale. La position debout prolongée est naturellement néfaste aux suites opératoires.

Il s'agit bien souvent de malades âgés, parfois diabétiques, ou en mauvais état général, et la sénescence des tissus occasionne une hyperlaxité des fibres lisses et striées, un hypotonus favorable aux distensions.

Des complications pulmonaires et bronchiques, des dyspepsies provoquent fréquemment des efforts de toux ou de vomissements qui accentuent l'éventration.

De plus, les malades sont bien souvent obèses; leurs anses intestinales lourdes, leurs mésos chargés de graisse sont un obstacle à une contention abdominale correcte.

Ces accidents se rencontrent préférentiellement chez la femme dont les tissus, les releveurs surtout, ont été distendus par des grossesses et des accouchements.

Il n'est âs jusqu'à la forme du coccyx et du sacrum qui n'aient un rapport avec cet inconvénient mécanique. Ces os forme des plans beaucoup plus résistants s'ils présentent des concavités nettement accusées que s'ils sont aplatis.

Chez de tels malades, il a souvent fallu pratiquer des traitements de roentgenthérapie ou de curiethérapie pré ou post-opératoires, d'où grosse altération des tissus et mauvaises consolidations.

Il résulte de l'historique de telles lésions que diverses incidences rendent la cicatrice périnéale de mauvaise qualité, telles une cicatrisation trop rapide, un levée trop précoce, une suppuration prolongée.

Enfin le pouvoir de régénération des tissus est très variable d'un individu à l'autre, et même dans le même organisme, d'un appareil à un autre.

Anatomiquement, la lésion est généralement constituée ainsi

ANATOMO-PATHOLOGIE

=====

Il faut bien connaître la constitution de ces hernies, afin de bien évaluer les possibilités chirurgicales.

Cette tuméfaction périnéale, accident purement mécanique, a un aspect sain, quel que soit son volume. La peau est distendue mais non atrophique, et surtout, fait important, doublée en profondeur par une lame fibreuse très dense. Cette doublure précieuse est le résultat de la distension progressive de la masse conjonctive qui comble l'évidement périnéal. C'est cette lame précisément qui sera le matériel de premier ordre pour consolider la réparation. Une cystocèle associée est fréquente, dont le volume par rapport à la tuméfaction totale sera déterminé. Il convient de considérer avec soin la distance et l'étoffement des points d'appui utilisables : ischions, coccyx, arcade sous-pubienne, fragments de muscles encore insérés et leur qualité, aponévroses.

Les limites sont, antérieurement : la paroi vaginale éversée chez la femme, les plans uréthro-prostatiques chez l'homme, et latéralement : les ligaments sacro-sciatiques. Le contour du pédicule, généralement large, est à même le périnée de seconde constitution.

Cette hernie contient le plus souvent des anses grêles, des mésentères, un prolapsus de la muqueuse rectale, un peu de vessie en avant ; une observation relate même l'issue d'un utérus rétroversé dans une brèche périnéale. Cette tuméfaction est donc mate ou sonore, parfois gargouillante, parfois encore le siège de mouvements péristaltiques perceptibles.

L'examen clinique soigneux est un temps préparatoire capital pour l'intervention.

EXAMEN CLINIQUE, SYMPTOMATOLOGIE

= =====

Les éventrations périnéales postérieures peuvent apparaître immédiatement après l'ablation de la tumeur rectale, mais plus souvent dans l'année qui suit l'opération initiale, parfois plusieurs années après (cinq ans après dans le cas de mon observation). Elles sont toujours indolores, et paradoxalement à leur volume, ne causent qu'une gêne limitée. Il est en effet curieux de constater que les malades tolèrent longtemps cette infirmité avant de consulter. Ils plaignent simplement d'une incommodité, d'une pesanteur pelvienne, parfois lombaire, accentuée à la marche et à l'effort, d'un prurit local. Ils déplorent en général un peu de constipation ou de diarrhée, propres d'ailleurs à leur état colique antérieur et ne s'alarment pas. Jamais cette tuméfaction n'a d'incidence sur un anus périnéal, encore moins sur un anus iliaque. Des rétentions d'urine, des dysuries ont été relatées et s'expliqueraient dans le cas de cystocèle associée. Quelques rares sub-occlusions contre la paroi sacrée sont citées, mais on n'a pas déploré d'étranglement, le pédicule est large et les limites souples.

Le volume de ces tuméfactions varie de la taille de la pointe de hernie (petite, juxta-coccygienne, consécutive aux interventions trans-anales), à celle d'un pamplemousse et même fréquemment d'une tête d'enfant. Leur masse peut être longtemps stationnaire, augmenter insensiblement ou brutalement à l'occasion d'un effort.

Leur siège est exactement entre ischions et coccyx, en arrière de l'anus, latérales et plus souvent latérales gauches. Le pédicule est périnéal, le collet est souple et bien perceptible, l'implantation fait en moyenne dix centimètres de diamètre.

Ces éventrations sont à la percussion mates ou tympaniques, elles sont rénitentes, mais toujours réductibles en position de Trendelenbourg et en décubitus.

L'intolérance apparaît à la longue, par l'accentuation de la fatigue, l'augmentation de volume, la difficulté pour marcher, travailler et s'asseoir. Quelquefois se produit une ulcération locale. L'infarction serait même à craindre.

Ces malades qui ont repris des activités normales, insistent alors pour que soit réparée cette infirmité.

TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE

=====

Si la tuméfaction postérieure est d'apparition récente et son évolution lente, si la gêne occasionnée est minime et le volume encore peu inquiétant, le chirurgien pense d'abord à une contention orthopédique, d'autant plus volontiers que ces malades sont souvent fatigués par des interventions réitérées.

Un orthopédiste astucieux peut exécuter sur dessin une poche de coutil doublée de chamois souple, ou bien un plan rigide doublé également d'une peau.

La fixation de ces pièces est délicate, car il s'agit d'un appareillage ambulatoire. Il ne peut s'agir qu'é d'une ceinture de contention abdominale retenant le renforcement herniaire par deux boutons en arrière et des pattes sous cuisses fixées en avant, mais combien gênantes pour les plicatures des racines des cuisses. Des allergies aux cuirs, des inflammations par frottements rendent très rapidement le système insupportable.

Le problème se complique encore si cette installation doit coexister avec un appareillage pour anus iliaque.

Le malade, à la limite de la tolérance, supplie le chirurgien de le soulager par une intervention.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

=====

I) Méthodes déjà employées

Devant l'échec d'une contention orthopédique, difficilement réalisée ou supportée, il ne reste que la ressource chirurgicale.

Pour combler cette vaste perte de substance, différentes possibilités de pexie d'abord, de plastie ensuite, sont possibles. Dans les observations relatées précédemment, nous voyons que les chirurgiens ont pratiqué des méthodes de plus en plus hardies pour la cure de ces hernies périnéales.

1) La suture simple rapproche les bords de la brèche péritonéale, après le fefoulement des intestins et du péritoine le plus haut possible dans la concavité sacrée et l'ablation du péritoine en excès, distendu, inutilisable.

2) Quand les releveurs ou fragments de releveurs persistent, il est possible de les accoler en avant d'un anus périnéal, réduisant ainsi de beaucoup l'implantation de la hernie périnéale.

3) Si l'utérus est présent et pas encore trop involué, on peut le rétroverser et le suturer aux ligaments utéro-sacrés. Le cas cité avait récidivé onze ans après, mais la même technique a donné satisfaction à Messieurs SICARD et NATALI en 1958.

4) L'aponévrose des grands fessiers de chaque côté, rabattus vers la ligne médiane et suturés en paletot, constitue une plastie solide.

5) De même une bandelette de fascia-lata déprime efficacement ce bombement postérieur, mais ces deux derniers cas impliquent des dilacérations soigneuses afin que ces aponévroses restent vitalisées et souples. Ces malades se plaignent longtemps de douleurs, de tiraillements à la moindre mobilisation de leurs fessiers.

6) Dans l'observation n° 14, une sangle résistante est réalisée par deux bandes musculaires larges faisant partie des grands fessiers, lambeaux désinsérés du sacrum et des ligaments sacro-sciatiques avec conservation autant que possible de leurs vaisseaux et nerfs, et suturés ensuite en arrière du vagin, en avant de côlon abaissé.

7) La peau fraîche est aussi un excellent matériel pour plastie. Mais il faut longuement préparer les greffons tubulaires, prélevés dans la région fessière, greffons qui demandent six mois de pousse mais qui sont résistants et souples, bien vitalisés puisqu'ils conservent un pédicule vasculo-nerveux intégral, et qu'ils sont appliqués tels des sangles sur la région herniaire distendue.

8) La plastie constituée par la peau conservée est également à envisager. Il faut pour cela disposer d'un large bandeau, le râcler soigneusement pour enlever les traces de derme et de glandes sébacées qui risqueraient de former ultérieurement de petits kystes, le tendre vigoureusement, le conserver souple pendant 15 jours dans une solution organo-mercurielle à 1/2.000 commercialisée en Allemagne sous le nom de Cialit, bien supérieur aux conservations par le merthiolate. Il est capital que la pose de cette peau conservée soit impeccable, de façon à tendre la plastie pour lui permettre de bien "prendre". L'humidification constante qui lui conservera sa souplesse est toujours réalisée et le problème des plicatures ne se pose pas.

Une plastie au nylon en plaque (non tissé), a déjà été réalisée (obs. 90), mais au cours même de l'intervention initiale, devant l'impossibilité de refermer le péritoine défectueux.

PLASTIE A LA PLAQUE DE NYLON TISSE

=====

Voici comment Monsieur CH. CACHIN a réalisé une plastie au crin de nylon tissé, pour la malade dont je relate ici le cas, le 31/1/62

OBSERVATION PERSONNELLE

Mme T., née en 1886, consulte en mai 1955 pour une constipation opiniâtre (une selle tous les 10 jours), rebelle aux laxatifs. Une rectoscopie pratiquée par un gastro-entérologue révèle une masse bourgeonnante, segmentée, à 13 cms de l'anus. Une biopsie permet de diagnostiquer une tumeur villeuse. Un examen pré-opératoire note un abdomen très météorisé, une paroi épaisse, (malade obèse), un foie volumineux mais lisse, un état dyspnéique, un bilan cardiaque normal, une légère hypertension (19/9). La première intervention est pratiquée le 15/6/55, amputation abdomino-périnéale du rectum.

C.R.O. 1) Temps abdominal: ligature de la mésentérique inférieure, libération de l'anse sigmoïde. Péritonisation en tassant le côlon au fond de la cavité pelvienne. Paroi fermée en trois plans au nylacap.

2) Temps périnéal: amputation large après ligature des pédicules hémoroïdaux. Section des releveurs et du tissu adipeux. Abaissement du bout colique. Tube de Paul. Deux mèches antérieures et un Mickulicz postérieur.

C.R.H. : La muqueuse devient hyperplasique et polypoïde par zones, avec quelques plages où les différenciations architecturales tendent vers des aspects de tumeur villeuse. Cependant dans une zone il apparaît, parmi un stroma inflammatoire banal, des éléments nettement atypiques, bien que rares, en profondeur, tandis que dans une autre existent deux embolies lymphatiques dans la sous muqueuse.

Conclusion : Epithélioma du rectum au début.

Les suites opératoires s'annoncent favorables, le comblement avance malgré une légère suppuration traitée aux antibiotiques. Début octobre, un ectropion suppuré est cautérisé. Alors apparaît une cystite avec dysurie et rétention. Une incontinence anale s'installe et s'aggrave.

Le 19/10/55, un prolapsus rectal est réparé, un ectropion muqueux réséqué, et fin octobre il faut constituer un anus périnéal après amputation du rectum.

A plusieurs reprises, en novembre et décembre 1955, il est nécessaire de dilater cet anus aux bougies de HEGGAR. Les suites opératoires sont enfin satisfaisantes sur le plan général et local.

Le 10 avril 1956, la muqueuse périanale est irritée, soignée par mèches iodoformées, par cautérisation et nitrage.

Le 2/5/1956, il faut constituer un anus iliaque pour intolérance de l'anus périnéal.

Le 8/6/1956, on fait au thermocautère sous anesthésie locale l'ablation du segment terminal avec pose d'une mèche

Une suite de complications locales se succèdent alors : En septembre 1956, petit trajet fistuleux puis fistule avec décollement, traités par lavages au Dakin, terramycine, troformone, mytosil, soframycine pommade, hydrolysat de levures, dormokinase.

En décembre 1957, de nouvelles dilatations aux bougies de HEGGAR sont nécessaires.

En octobre 1958, une rectification de l'anus iliaque s'impose par incision des plans musculaires et cutanéopérinéaux, décollement autour de la muqueuse, résection de lambeaux cutanés, pansements au collargol.

Fin octobre 1958, un lavement baryté contrôle le transit intestinal et des lavements huileux périodiques maintiennent un bon fonctionnement de l'anus iliaque.

Le 6/5/60, il faut reprendre la cicatrice de la région anale. L'utérus fait hernie à travers le pseudo plancher périnéal.

On retrouve de chaque côtés de la ligne médiane des vestiges solides des releveurs permettant leur accollement à l'aide de nylon et la réfection ainsi du plancher périnéal.

En septembre 1960, une solution orthopédique règle deux problèmes : appareillage de l'anus iliaque et maintien du plancher pelvien.

En 1961, fistules et granulomes sont incisés et mis à plat. Un diabète est alors découvert, qui est rigoureusement traité.

En janvier 1962, l'essai de contention périnéale institué en septembre est vain car la hernie périnéale postérieure appareillée a grossi et entraîne une gêne importante.

Une réparation périnéale par plastie au nylon tissé en plaque est alors pratiquée le 31 janvier 1962. C'est cette opération, son indication, ses inconvénients; sa technique, ses résultats qui seront exposés en détail.

MATERIEL EMPLOYE : Crins de nylon tissés en plaque

La plastie ci-après décrite est réalisée par la mise en place d'une plaque de crins de nylon tissé. Le constituant est bien un crin, fil tubulaire de 22/100 de mm, moins souple qu'un fil tordu mais à coefficient de rupture très élevé, inextensible et d'une solidité considérable. Il est impossible de casser un fil isolé ou de déchirer une plaque. Ce crin est très homogène et de ce fait ne peut receler aucun germe de type tétanigène comme cela peut se voir dans les fils tressés. Il a une grande résistance aux températures élevées, ce qui permet une stérilisation à 200°. Mais cette plaque se coupe au thermocautère, assurant ainsi des sections mousses, des formes à la demande et la possibilité si besoin de fendre la plaque qui peut être suturée ensuite dans le cas d'une réintervention. Ce calibre de crin assure une souplesse telle que tous les mouvements de flexion sont possibles, alors que les premiers fils de 50/100 de mm donnaient une impression de "plastron", mais jamais de douleurs vraies. Il est malgré tout prudent d'éviter la proximité des gros troncs vasculaires et des muqueuses. Les bords de la plaque sont mousses ou non arrêtés. Ce tissage permet une interpénétration de la plaque par le tissu conjonctif. Ainsi la plaque se "bâtit", avec un tissu de sclérose de type épithélioïde et même de cellules géantes type corps étranger. Il se forme même des néo-vaisseaux. Le pourtour de la plaque également, après une réaction inflammatoire fugace d'un mois ou deux, se fixe par prolifération de fibroblastes.

En résumé la valeur de cette plastie est basée sur la réaction conjonctive secondaire. Relâchement ou sphacèle secondaires ne sont pas à redouter, ce matériel est inerte, souple et résistant. La seule précaution est d'éviter les espaces morts où pourraient se constituer des épanchements séreux ou des hématomes que l'on serait autorisé à traiter par ponctions ou injections de pénicilline.

TECHNIQUE

La patiente, soigneusement préparée (vacuité parfaite de la vessie et des intestins, sonde vésicale à demeure), bien prémédiquée, car l'intervention dure une heure et demi environ, est installée en position gynécologique avec un ballonnet sous lombaire pour refouler le plus possible le contenu abdominal.

L'incision des plans cutanés est courbe à concavité inférieure. elle décrit un demi-cercle entre les deux ischions, cependant à un travers de doigt de chacun d'eux. Le sommet de cette incision contourne ce que l'opération initiale a économisé du vagin afin de tenter une reconstitution de ce dernier.

Une dissection délicate commence alors, afin d'obtenir une paroi de recouvrement. Il s'agit de vérifier la non adhérence des masses intestinales, et de séparer la fragile couche de péritoine de la peau doublée de sa précieuse épaisseur fibreuse, indispensable au succès de l'intervention.

La partie antérieure de l'incision est disséquée minutieusement afin de pouvoir ourler la prothèse à l'avant. Le décollement port+ ensuite sur un liseré de deux centimètres sur tout le pourtour du volet incisé, entre peau et doublure.

On repère les cinq points de fixation : ischions, coccyx, deux points latéraux sous pubiens, car il faudra ménager la petite vulve et l'orifice urétral.

Il faut alors prendre sur papier stérile l'empreinte exacte de la prothèse qui sera prévue de telle façon que les plâcatures franches soient évitées quand la malade prendra les positions debout ou assise.

La toile de nylon est découpée au thermocautère selon un ovale encoché antérieurement pour le sous pubis et l'urêthre.

La fixation s'effectue au fil de nylon gainé, sur les cinq points d'appui repérés.

La doublure fibreuse est ourlée au catgut; elle recouvre, elle enfouit entièrement la plaque.

L'incision est refermée au lin et agrafes, après vérification des ligatures d'hémostase. Un tube aspiratif a ici été nécessaire. Deux problèmes sont à soigner particulièrement :

1° Bien placer la plaque de nylon, cependant très souple, qui ne résisterait pas à la longue à des plicatures nettes et formerait en se cassant des berges tranchantes.

2° Bien recouvrir et enfouir en avant le bord de la prothèse. La section au cautère est bien mousse, mais la proximité de la muqueuse vaginale, très fragile bien qu'épidermée, constituerait une intolérance.

Résultats : Ainsi le péritoine et les organes abdominaux sans refoulés sans aucune incision. Le tissu de nylon est solide, amarré à des points relativement fixes, englobé dans le conjonctif cicatriciel aux fibroblastes envahissants à la manière d'une tumeur à corps étranger. Vagin et urètre sont préservés de toute gêne fonctionnelle.

Les suites opératoires sont très simples. Il convient de ne pas lever la malade avant trois semaines.

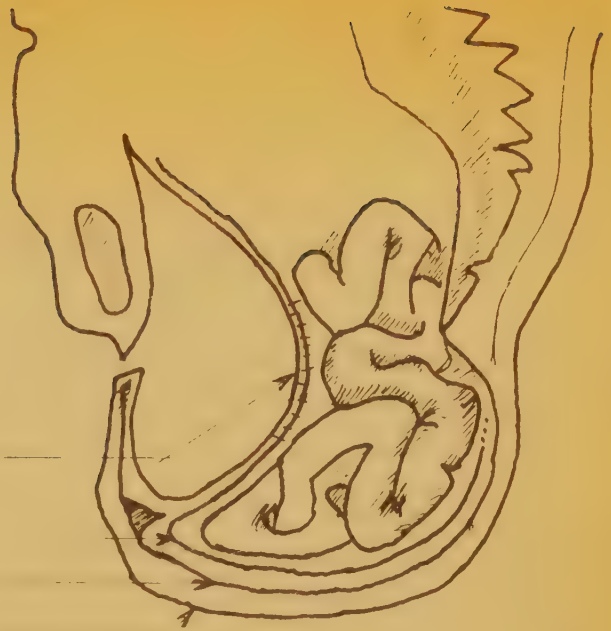
Le recul n'est pas suffisant pour juger de la qualité de cette contention, mais la cicatrice et l'aspect de l'ex-éventration donnent une impression de parfaite solidité.

Cystocèle
et vestiges

Peritoine

Fascia

Peau



- Fig I: Entérocele - Coupe Sagittale -

Fig II: Incision
Repères
Prothèse en place

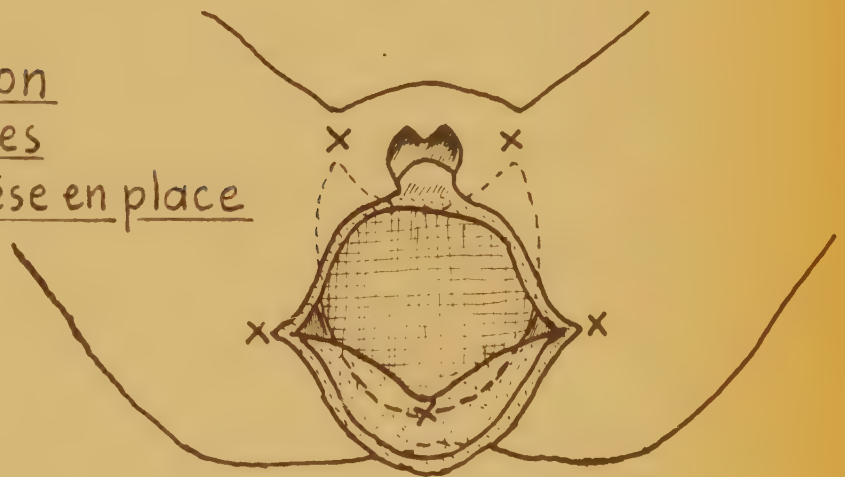
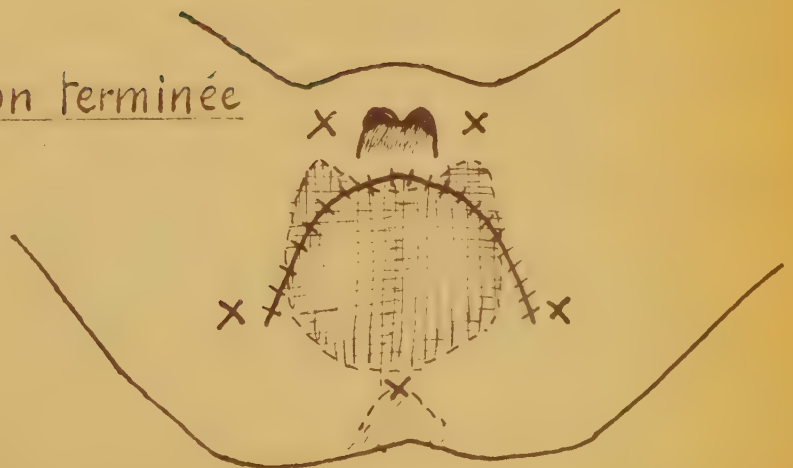


Fig III: Opération terminée



BIBLIOGRAPHIE

=====

BACON : Sury 71 Quin 1946

BACON-VAUGHAM : abdomino-périnéal procto-sigmoïdienne

Complications and sequelæ

Journal Lancet 68 p. 389-390, oct. 1958.

BARLOW : The ménagement of the périnéal wound after abdomino-périnéal resection

Proct. Roy Soc. med. 52 p. 608-609 Aug. 1959.

BURGES TOMKIN : The périnéal wound after excision of the rectum

Post grad Med. Journ. 36 p. 519 Aug. 1960.

CACHIN CH. : Société des Chirurgiens de Paris . 4 mai 1962.

CHIFFLET : Hernie périnéale après resection du coccyx

Arch. Urug. de méd. Cirur. 32 p. 54-64 Janv. Fev. 48

CLANTOUR Henry. Hernie périneale antérieure, étude radiol.

Journal de radio et électro 31 p. 708 - 1950

COLDEFY : Presse médicale 59 p. 1243 Sept. 1951

CORTI Dominique : Thèse Marseille; NYLON et PLASTIE

D'ALLAINES F; : Traitement chirurgical du rectum

GIANGROSSO: Surgical tecnic for thérapie of prolaps of rectum

following périnéal amputation for cancer

Chirurg. Italiana 228-232 Mai-Juin 1952.

HALL : Vaginal hernia with a rewiew of the littérature

Arch. Surg. 37 P.651 1938

HUET : Journal de chirurgie 1935 46 P. 363-366

HULLSIECK : Périnéal hernia following abdomino périnéal résection

Arch. Surg. 92 (5) p. 735-738 Nov. 1958

JENKINS : Post opérative hefnie following abdomino périnéal résection. Amer. J. Surg. 71 p.84-90 Janv. 1946.

JOSSSELIN : thèse Paris 1961; Contribution à l'étude des hernies périnéales postérieures

JUDET R. et J.LORD, BOUTELIER, ROY-CAMILLE : Presse médicale

25 Avril 1962 P.983 (au sujet de la peau conservée)

KELLY : Surgical repair of post opérative périnéal hernia
Aust. N° 2 Surg.29 P. 443-445 Feb. 1960.

LEIBOVICI :Semaine des hôpitaux 25 mars 1949

Annales de chirurgie 1955 II-12 juin 1957

MIALLARET: Colectomie totale pour colite ulcéreuse

Mem. Ac.Chir. 83. 21.22 1957.

MOSCOWIICHES : Périnéal hernia

Surg. Gyn. and obst. 26 P. 514-520 May 1918

PERL : Repair of post opérative périnéal hernia. Report of a case
J. Int. Coll. Surg. 34 P. 86-92 Juil. 1960

PORELL : Surgery 43 P. 441 1958

QUENU : Traité de technique chirurgicale, tome VI Paris 1955

ROQUES J.F. : Thèse Paris 1960. Résections colo-rectales pour poly-
lypse et rectocolites. Rétablissement de la conti-
nuité.

ROUX : G. MARCHAL G. : Les impératifs techniques dans la conser-
vation intégrale de la fonction ano-rectale (am-
putations abdomino trans-rectales)

Société de chirurgie Lyon 4 Juin 1953

SICARD et NATALI :Presse médicale 66 P. 1478 Sept. 1958.

STAERKE DE : Act chirur. Belg. 59 (13) P. 190 Fev. 1960

WELTI H. : Chirurgie du côlon. Masson 1960.

CONCLUSIONS

=====

Au terme de cet exposé, il convient donc de noter :

- 1) La fréquence accrue des éventrations périnéales postérieures, dûes à l'importance croissante des survies.
- 2) Le mécanisme, les causes diverses, l'anatomo-pathologie de ces complications mécaniques prévisibles mais cependant inévitables en raison de l'étendue des lésions et des zones de péril extensif.
- 3) La multiplicité des moyens chirurgicaux proposés pour remédier à ces récidives.
- 4) La technique et le résultat de la plastie constituée par la plaque de nylon tissé.

Bien qu'il ne soit pas possible d'éliminer l'éventualité de récidives, de complications ou d'intolérance parce qu'il s'agit d'une intervention trop récente, la satisfaction que donne cette dernière plastie sur le plan local et fonctionnel, la simplicité de sa réalisation nous autorisent à penser qu'elle deviendra pratique courante. Et ceci d'autant plus que les indications opératoires augmentent du fait même de la fréquence des cas

Le nylon , en fil comme en plaque, a déjà prouvé ces dernières années qu'il est le matériel chirurgical d'avenir, car solide, maniable et bien toléré.

Cette plastie facile permettrait alors d'amputer largement sans la hantise de fermeture et de contention. Toutefois il est sûrement préférable de ne pas utiliser systématiquement ce procédé au cours même de l'opération initiale du rectum, car les chances d'une bonne réussite de réfection périnéale sont décuplées s'il est possible de mettre à profit le tissu fibreux cicatriciel qui se constitue toujours généreusement.

TABLE DES MATIÈRES
=====

- I - Introduction
- 2 - Plan
- 3 - Rappel anatomique
- 5 - Historique
- 9 - Etiologie
- 12 - Pathogénie
- 14 - Anatomo-Pathologie
- 15 - Examen clinique, symptomatologie
- 17 - Traitement orthopédique
- 18 - Traitement chirurgical; traitements d"jà employés
- 20 - Plastie à la plaque de nylon tissé
 - 20 - Observation personnelle
 - 23 - Matériel employé
 - 24 - Technique, résultats
- 26 - Bibliographie
- 28 - Conclusions

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES EVENTRATIONS
PERINEALES POSTERIEURES

VU ; Monsieur le Président de Thèse

Monsieur le Professeur J.L. LORTAT- JACOB

VU : Le Doyen

Monsieur Léon BINET

VU et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS.

